

中古医療機器の販売・授与・貸与の事前通知書

通知日 年 月 日

製造販売業者

御中

販売業者名

業許可番号

所在地

電話番号

ファックス番号

販売管理者名

㊟

担当者名

この度は中古医療機器を販売／賃貸／授与することにより、薬事法施行規則第 170 条または第 178 条に基づきご通知申し上げます。当該中古医療機器に関する情報は、下記の通りでございます。事前通知のご確認、ご対応の程よろしくお願い申し上げます。

1. 製品情報	
一般名称	
販売名	
製造番号	
製造年月	
2. 前所有者に関する情報	
名称	
所在地	
電話番号	
3. 流通先に関する情報	
譲渡先名	
所在地	
担当者名	
追記事項	